

<p>Darf ein Physiotherapeut, der über eine auf die Physiotherapie beschränkte („sektorale“) Heilpraktiker Erlaubnis verfügt, als „physiotherapeutischer“ Heilpraktiker in einer nach § 124 Abs. 4 SGB V zugelassenen Praxis/Einrichtung tätig werden?</p>	<p>Ja, dies ist zulässig, insbesondere deshalb, weil der Therapeut im Rahmen dieser Tätigkeit ausschließlich auf der Grundlage der Ausbildungsziele gemäß § 8 MPhG tätig wird und ausschließlich „physiotherapeutische Behandlungsmethoden und Therapieformen“ gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten anwendet. Artikel 12 des Grundgesetz gewährleistet, dass der Therapeut in seiner Berufsausübung nicht beschränkt wird.</p>
<p>Welche Vorgaben sind bezüglich des Außenauftritts der Praxis (des Praxisschildes/der Praxisschilder etc.) zu berücksichtigen.</p>	<p>Ob der Physiotherapeut mit sektoraler Heilpraktiker Erlaubnis die Berufsbezeichnung Heilpraktiker überhaupt führen muss, z.B. auf einem Praxisschild, ist bisher rechtlich nicht geklärt. Für den Patienten muss allerdings klar erkennbar sein, dass er – in der Regel auf eigene Kosten – durch einen Heilpraktiker behandelt wird. Es bestehen von daher keine Bedenken, wenn der Physiotherapeut mit sektoraler Heilpraktiker Erlaubnis zwei Praxisschilder an seine Haustür hängt, nämlich eines in der üblichen Form als Physiotherapeut und ein zweites Schild mit dem Hinweis auf die Behandlungsberechtigung als sektoraler Heilpraktiker Physiotherapie.</p>
<p>Ist es dem Physiotherapeuten mit der sektoralen Heilpraktiker Erlaubnis erlaubt, Patienten im Rahmen der durch die GKV finanzierten Behandlungen (therapeutische) Zusatzangebote zu unterbreiten?</p>	<p>Ja, es ist zulässig, entsprechende Zusatzangebote zu unterbreiten. Für den Fall, dass diese Zusatzangebote (wie z.B. zusätzliche wöchentliche Behandlungseinheiten) im zeitlichen Zusammenhang mit der Kassenbehandlung erbracht werden, ist jedoch zwingend darauf zu achten, dass die Kassenbehandlung als solche vertragskonform erbracht wird.</p>
<p>Erstatten gesetzliche oder private Krankenversicherungen Leistungen, die ein Physiotherapeut mit sektoraler HP Erlaubnis in Rechnung stellt? Wie und auf welcher Grundlage erfolgt die Abrechnung entsprechender Leistungen gegenüber den Patienten? Was muss beachtet werden?</p>	<p>Anders als z.B. bei Ärzten gibt es für die Leistungen von Physiotherapeuten mit sektoraler Heilpraktiker Erlaubnis keine amtliche Gebührenordnung, die die Höhe der Vergütung außerhalb der GKV verbindlich festlegt. Der Therapeut ist deshalb bei der Kalkulation seiner Abrechnungssätze im Rahmen der ortsüblichen Entgelte (§ 612 Abs. 2 BGB) oder aufgrund besonderer Vereinbarung völlig frei. Es sollte jedoch ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen und darauf hingewiesen werden, dass die Leistungen nicht (bei Patienten der GKV) bzw. nur eingeschränkt (bei Privatpatienten) erstattungsfähig sind. Im Zweifelsfall sollte insbesondere Privatpatienten angeraten werden, sich bei ihrer Versicherung vor Behandlungsbeginn über die Höhe des Erstattungsanspruchs zu informieren.</p>
<p>Handelt es sich bei der Tätigkeit eines Physiotherapeuten mit sektoraler HP-Erlaubnis um eine freiberufliche Tätigkeit? Fällt ggf. Gewerbesteuerpflicht an?</p>	<p>Der Physiotherapeut bleibt auch als sektoraler HP Freiberufler. Eine Gewerbesteuerpflicht entsteht grundsätzlich nicht.</p>
<p>Wie sind die Umsätze in umsatzsteuerlicher Hinsicht zu qualifizieren? Fällt Umsatzsteuer an? In welcher Höhe? Was gibt es hinsichtlich der</p>	<p>Auch die Leistungen des sektoralen (physiotherapeutischen) Heilpraktikers sind als Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin gemäß</p>

<p>Buchhaltung zu beachten?</p>	<p>§ 4 Ziffer 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit.</p>
<p>Darf ein Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis einen (Voll-)Heilpraktiker weisungsgebunden beschäftigen?</p>	<p>Ja. Heilpraktiker unterliegen, anders als Ärzte, keinem Standesrecht. Es gibt zwar eine Berufsordnung der Heilpraktiker (BOH), diese hat aber nicht den gesetzlichen Charakter einer Berufsordnung, wie sie z.B. für Ärzte gilt. Nach Artikel 1 dieser Berufsordnung wird der Beruf des Heilpraktikers als Freier Beruf ausgeübt. Ein Verstoß hiergegen könnte allenfalls eine „Rüge des Verbandes“ oder ggf. einen Ausschluss aus dem Verband zur Folge haben, vorausgesetzt natürlich, der Heilpraktiker ist Mitglied dieses Verbandes. Gegen eine Beschäftigung eines (Voll-)Heilpraktikers spricht damit aus standesrechtlicher Sicht nichts. Achtung: Übt der angestellte (Voll-)Heilpraktiker seine Beschäftigung während der Öffnungszeiten einer nach § 124 SG V zugelassenen Praxis aus, könnte dies auf Widerstand der gesetzlichen Krankenkassen stoßen, weil sie dies als eine (unzulässige) Vermischung von Heilmitteltherapie und so genannten sonstigen, „gewerblichen“ Tätigkeiten ansehen und damit als Verstoß gegen die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 Abs. 4 SGB V werten könnten. Unsere Rechtsauffassung ist eine andere.</p>
<p>Muss ein Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis z.B. im Falle des Umzuges seiner Praxis in ein anderes Bundesland bei der dortigen Behörde einen erneuten Antrag auf Erteilung einer sektoralen Heilpraktiker Erlaubnis stellen?</p>	<p>Nein. Die Feststellung, dass ein Antragsteller keine Gefahr für die Volksgesundheit im Sinne des Heilpraktiker Gesetzes darstellt, kann im Geltungsbereich des Heilpraktiker Gesetzes - also in Deutschland – nur einheitlich beantwortet werden. Hat ein Gesundheitsamt diese Frage im Sinne des Antragstellers entschieden, so kann er auch in einem anderen Bundesland tätig werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen für die Tätigkeit als sektoraler Heilpraktiker erfüllt sind (z.B. eigene Praxisräumlichkeiten, Meldung bei der zuständigen Gesundheitsbehörde).</p>
<p>Kann ein Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis physiotherapeutische Behandlungen (auch im Hausbesuch) verordnen, die dann in einer fremden Physiotherapiepraxis abgegeben werden?</p>	<p>Ja. Die Durchführung der physiotherapeutischen Behandlung (auch im Hausbesuch) kann auf Grundlage einer Verordnung auch durch andere physiotherapeutische Behandler erfolgen. Einschränkungen dazu siehe oben</p>
<p>Welche formalen Voraussetzungen hat ein Verordnungsvordruck zu erfüllen, der von einem Physiotherapeuten mit sektoraler HP-Erlaubnis ausgestellt wird? Muss ein bestimmter Vordruck verwendet werden?</p>	<p>Es gibt keine Formvorschriften und keine Verordnungsvordrucke für (sektorale) Heilpraktiker.</p>
<p>Kann ein Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis verordnungspflichtige Arznei- bzw. Hilfsmittel verordnen?</p>	<p>Gemäß § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) setzt die Abgabe von verordnungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken eine ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Verschreibung voraus. Damit ist es weder dem (Voll-)Heilpraktiker, noch dem Physiotherapeuten mit</p>

	<p>sektoraler HP-Erlaubnis erlaubt, Arzneimittel zu verordnen. Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten gesetzlicher Krankenkassen ist ausgeschlossen, da sie gemäß dem Sozialgesetzbuch V stets eine vertragsärztliche Verordnung voraussetzt. Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten privater Krankenversicherer ist abhängig von den dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vertrags- und Tarifbedingungen. Privat krankenversicherten Patienten ist daher vor Inanspruchnahme anzuraten, sich bei ihrer Versicherung zu erkundigen, ob und inwieweit eine Leistungspflicht ihrer privaten Krankenkasse vorliegt.</p>
<p>Muss ein Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis im Rahmen der Verordnung physiotherapeutischer Maßnahmen eine (physiotherapeutische) Diagnose auf der Verordnung angeben?</p>	<p>Ja. Die Durchführung der verordneten physiotherapeutischen Maßnahme durch einen Physiotherapeuten (ohne sektorale HP-Erlaubnis) erfordert die Kenntnis der der Erkrankung des Patienten zugrundeliegenden Diagnose. Die Angabe der (physiotherapeutischen) Diagnose ist für die die Behandlung durchführende Praxis darüber hinaus für die Beurteilung der Frage, ob eine von der Umsatzsteuer befreite Heilbehandlung vorgenommen wurde, von entscheidender Bedeutung.</p>
<p>Muss auf einer von einem Physiotherapeuten mit sektoraler HP Erlaubnis ausgestellten Rechnung die der Behandlung zugrundeliegende Diagnose angegeben werden?</p>	<p>Grundsätzlich nein. Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung zur Angabe der Diagnose auf der Rechnung. Da die Angabe der Diagnose jedoch von den Beihilfeträgern und der Privaten Krankenversicherung für die Überprüfung des Erstattungsanspruchs gefordert wird, empfiehlt es sich – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt –, die Diagnose auf der Rechnung anzugeben. Besteht der Patient aus oben genannten Gründen auf der Angabe der Diagnose auf der Rechnung, dann ist die Diagnose auf jeden Fall anzugeben</p>
<p>Ist ein Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis und einer abgeschlossenen Weiterbildung in der Osteopathie berechtigt, osteopathische Behandlungen durchführen?</p>	<p>Der Physiotherapeut mit sektoraler HP-Erlaubnis und einer angeschlossenen Weiterbildung in der Osteopathie hat nicht mehr Rechte als ein Physiotherapeut mit derselben Weiterbildung. Auch dieser darf nicht das volle osteopathische Behandlungsspektrum abgeben. Er darf nur die physiotherapeutischen Behandlungstechniken anwenden, die auf der Grundlage der Ausbildungsziele gemäß § 8 MPhG vermittelt wurden. Das gesamte Behandlungsspektrum der Osteopathie kann nur dann abgegeben werden, wenn eine Erlaubnis zur Tätigkeit als (Voll-)Heilpraktiker vorliegt.</p>
<p>1. Wo kann ich einen ICD-Code entschlüsseln?</p>	<p>ICD-10-Codes kann man mit und ohne Computer entschlüsseln. Verschiedene Verlage bieten Bücher mit allen ICD-10-Codes an. Es gibt für Heilmittelerbringer spezielle Schreibtischunterlagen mit allen relevanten ICD-10-Codes. Die meisten Praxisverwaltungsprogramme (z.B. Starke Praxis, Theorg) entschlüsseln alle ICD-10-Codes automatisch. Zusätzlich finden sich im Internet</p>

	<p>viele Seiten, auf denen man ICD-10-Codes entschlüsseln kann, sehr bequem und einfach z. B. unter www.icd-code.de oder etwas weniger benutzerfreundlich aber ganz hochhoffiziell beim Herausgeber der deutschen Ausgabe unter www.dimdi.de.</p>
2. Gibt es für den Leistungserbringer eine Prüfpflicht des ICD- 10-Codes im Hinblick auf die Vollständigkeit der therapierelevanten Verordnungsangaben?	<p>Nein, weder in den Rahmenverträgen noch in der Heilmittel-Richtlinie findet sich ein Hinweis auf die Prüfpflicht hinsichtlich des ICD-10-Codes. Nur dort könnten rechtsverbindliche Prüfpflichten vereinbart werden. Abgesehen von dem ICD-10- Code muss auf einer Verordnung jedoch immer eine Diagnose stehen, das ist jedoch schon seit Jahrzehnten so (Quelle: §13 Abs.2 HeilM-RL).Fragen-/Antworten Katalog zum ICD-10-Code Neue Antworten mit Quellenangaben</p> <p>Schwerpunkt der Regelung, die Codes auf Heilmittel-Verordnungen anzugeben, wurden auch Ausnahmen vereinbart. Das bedeutet, es wird auch in Zukunft ganz regulär Heilmittel-Verordnungen ohne ICD-10-Code geben, zum Beispiel wenn der Arzt die Verordnung während eines Hausbesuchs ausstellt. Allerdings haben einige Krankenkassen angekündigt, dann die Heilmittel-Verordnung nicht zahlen zu wollen – wegen Unvollständigkeit. Es sei denn, so äußert sich eine IKK, der Therapeut könne beweisen, dass ein Ausnahmetatbestand vorläge. Doch hier gilt es, Ruhe zu bewahren. Wie up an anderer Stelle bereits berichtet hat, haben die Krankenkassen keine gesetzliche Grundlage, Honorare von Heilmittelerbringern einzubehalten, wenn Ärzte sich weigern, die ICD-10-Codes anzugeben. Auch eine Anmerkung, dass hier ein Ausnahmefall vorliegt, kann die Lage möglicherweise schnell entschärfen. Als Heilmittelerbringer sollte man daher abwägen, ob man die gute Beziehung zu einem Arzt wegen der ICD-10-Codierung aufs Spiel setzen möchte. Denn es ist nicht Aufgabe der Heilmittelerbringer, die Ärzte von der Codierung zu überzeugen – auch wenn die Krankenkassen das gerne so hätten. Halten wir doch einmal fest: Ärzte füllen die Heilmittel-Verordnungen aus, Ärzte und Kassen vereinbaren, was auf diesen Verordnungen zu stehen hat und die Nichteinhaltung solcher der Vereinbarungen müssen die Kassen mit den jeweiligen Ärzten klären. Therapeuten sind hier der falsche Ansprechpartner.</p>
3. Ist es ausreichend, wenn auf der Verordnung lediglich ein oder mehrere ICD-10-Codes statt der ausgeschriebenen Diagnose angegeben wurden?	<p>Ja, ein ICD-10-Code ist auch ohne ausgeschriebenen Text eine gültige Diagnose. (Quellen: Fragen-/Antworten Katalog des GKV-Spitzenverbandes, Lfd. Nr. 28, Stand vom 1.1.2012, sowie Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014)</p>

4. Muss eine ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung stehen?	Nein, ein ICD-10-Code reicht aus. Fehlt ein ICD-10-Code, muss jedoch eine am besten handschriftlich ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung stehen. (Quellen: siehe Fragen 2 und 3)
5. Ist es ausreichend, wenn auf der Verordnung lediglich eine oder mehrere ausgeschriebene Diagnosen angegeben wurden?	Ja, ausgeschriebene Diagnose je Verordnung ist ausreichend. Da die Kassen und Ärzte sich darauf geeinigt haben, dass die ICD-10-Codes bei bestimmten Ausnahmen nicht verpflichtend vom Arzt eingetragen werden müssen (z. B. wenn ein Arzt bei einem Hausbesuch eine Verordnung ausstellt – das kann man nach Ansicht der Kassen an der handschriftlich ausgeschriebenen Diagnose erkennen), ergibt sich daraus schlüssig, dass ein fehlender ICD-10-Code die Gültigkeit der Verordnung nicht zwingend beeinträchtigt und dass ein fehlender ICD-10-Code dann auch nicht nachgetragen werden muss. (Quellen: 34. Veränderung über Vordrucke für die vertragsärztliche Verordnung, sowie Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014) Hinweis: Diese Sichtweise ist inzwischen auch von den wichtigsten GKV-Kassen bestätigt worden. Eine Rechnungs-Kürzung aufgrund fehlenden ICD-10-Codes kommt für alle AOKen, Ersatzkassen und IKKen nach eigener Aussage nicht in Frage. Einzige Ausnahme ist hier die IKK-Nord, die Kürzungen vornehmen will. (Quelle: Pressanfrage up an die 20 größten GKV-Kassen in Deutschland im Juni 2014)
6. Muss der ICD-10-Code nachgetragen werden, wenn er nicht auf der Verordnung angegeben wurde, aber eine ausgeschriebene Diagnose vermerkt wurde?	Nein, eine rechtliche oder vertragliche Verpflichtung gibt es dazu nicht. Allerdings könnte man zur Vermeidung von Absatzstress bei Verordnungen, auf denen die Diagnosen mit dem Computer aufgedruckt sind, den ICD-10-Code im Verlauf der Behandlung nachtragen lassen. Grundsätzlich gilt, dass das Nachtragen eines ICD-10-Codes nicht notwendig ist, weil es ja keine Verpflichtung für die Ärzte gibt, den Code einzutragen. Wie schon in der Antwort zu Frage 5 beschrieben, haben sich Kassen und Ärzte auf Ausnahmen geeinigt, wann man auf den Code verzichten kann. Als Therapeut kann man natürlich nicht wissen, wann Ausnahmen greifen und wann nicht. Deshalb gibt es hier auch keine vertragliche oder rechtliche Pflicht zum Nachtragen. (Quellen: siehe Frage 5) Anmerkung zur Arztkommunikation: Alle Erfahrungen mit solchen Nachbesserungswünschen zeigen, dass Ärzte teilweise äußerst empfindlich reagieren, wenn sie von Therapeuten zu Nachbesserungen bei der Diagnose angesprochen werden. Deswegen sollte man die Ärzte nur dann um Nachbesserung bitten, wenn die Diagnose per Computer in der Verordnung eingetragen wurde. Hinweis: Weigert sich ein Arzt, den ICD-10-Code nachzutragen, steht auf der Verordnung jedoch eine

	<p>ausgeschriebene Diagnose, dann kann man eine Absetzung solcher Verordnungen vermeiden, indem man den folgenden Text auf die Verordnung einträgt: „Nach Rücksprache mit dem Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt.“</p>
<p>7. Muss der Leistungserbringer im Falle einer handschriftlich ausgeschriebenen Diagnosen-Angabe prüfen, ob ein Ausnahmefall bestanden hat?</p>	<p>Nein, natürlich nicht. Was ein Arzt auf einer Verordnung einträgt und welche Ausnahmen es dazu gibt, regeln Ärzte und Kassen in Verträgen. Therapeuten sind dabei keine Vertragspartner. Deswegen haben diese Verträge auch keine rechtliche Bindungswirkung für Therapeuten. Außerdem hat der GKV-Spitzenverband in seinem Schreiben an die Heilmittelverbände festgelegt, dass bei handschriftlich ausgeschriebenen Diagnosen-Angaben solch eine Ausnahme vorliegt, deshalb keine Prüfung. (Quelle: Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014) Anmerkung zur Arztkommunikation: Wie sollte so eine Prüfung wohl ablaufen? Wie soll ein Arzt einem Therapeuten glaubwürdig belegen, dass eine Verordnung wirklich im Rahmen eines Hausbesuchs erstellt worden ist? Wer sich ernsthaft solche Fragen stellt, riskiert seine Beziehung zum verordnenden Arzt und degradiert Therapeuten bei einer solchen Prüfung zu „Polizisten“ der Krankenkasse. Das kann und darf sicher nicht das Ziel sein.</p>
<p>8. Welche Angabe ist ausschlaggebend, wenn der Vertragsarzt sowohl einen oder mehrere ICD-10-Codes als auch die entsprechend ausgeschriebenen Diagnosen angegeben hat?</p>	<p>Wenn sich ICD-10-Code und ausgeschriebene Diagnose entsprechen, also dieselbe Krankheit beschreiben, erübrigt sich die Frage. Wenn mehrere Diagnosen vorhanden sind, muss ein Therapeut alle genannten Diagnosen im Rahmen seiner Therapie berücksichtigen. (Quelle: §13 Abs. 2 HeilM-RL)</p>
<p>9. Welche Angabe ist ausschlaggebend, wenn der Vertragsarzt sowohl einen oder mehrere ICD-10-Codes als auch davon abweichende, ausgeschriebene Diagnosen angegeben hat?</p>	<p>Da die Heilmittel-Richtlinie das Feld ICD-10-Code auf dem Verordnungsformular gar nicht vorgesehen hat, muss man im Zweifel die ausgeschriebene Diagnose berücksichtigen. Das ICD-10-Feld ist von KBV und GKV-Spitzenverband nur eingeführt worden, um Verordnungen als Praxisbesonderheit oder als Langfristigen Heilmittelbedarf zu markieren. Sicherlich macht es therapeutisch Sinn, wenn man bei seiner Therapie alle aufgeführten Diagnosen berücksichtigt. (Quellen: 34. Veränderung über Vordrucke für die vertragsärztliche Verordnung, sowie Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an die Heilmittelverbände vom 6.5.2014)</p>
<p>10. Muss überprüft werden, ob ICD-10 Code und ausgeschriebene Diagnosen zusammen passen?</p>	<p>Ja, es muss zumindest überprüft werden, ob der ICD-10 Code und die ausgeschriebene Diagnose sich nicht widersprechen. Das Bundessozialgericht hat festgelegt, dass eine Verordnung aus der „professionellen Sicht“ eines Therapeuten auf „erkennbare Fehler und Vollständigkeit“ überprüft werden muss. Würde es hier also einen tatsächlichen Widerspruch zwischen</p>

	Code und Text geben, wäre eine Rücksprache mit dem Arzt vor Beginn der Therapie notwendig. Allerdings ist das Theorie, in der Praxis wird so ein Fall kaum vorkommen. (Quelle: Urteil des BSG, AZ. B1 KR 4/09 R, Randziffer 31)
11. Ist der ICD-10-Code vom Leistungserbringer zu entschlüsseln?	Ja, ICD-10-Codes müssen immer entschlüsselt werden, damit man die darin enthaltene Information in seine Therapie einfließen lassen kann. Das ist auch dann notwendig, wenn mehrere ICD-10-Codes angegeben werden.
12. Gibt es für den Leistungserbringer eine Prüfpflicht der Vollständigkeit des ICD-10-Codes?	Nein, ein ICD-10-Code kann ganz verschieden angegeben werden. So werden Diagnosen oft nur als sogenannte „Dreisteller“ angegeben, z. B. M54 (Rückenschmerzen). Die Vereinbarung zur den Praxisbesonderheiten sehen allerdings „endstellige“ ICD-10-Codes vor, z. B. M54.2 (Zervikal Neuralgie), die die Diagnose sehr viel konkreter angeben. Zur Durchführung von Therapie reichen beide Formen des Codes aus, wengleich der endstellige ICD-10-Code natürlich eine detaillierte Information liefert und die Verordnung möglicherweise als extrabudgetär markiert. Wenn es keine ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung gibt, dann muss man allerdings prüfen, ob der angegebene Code die für die Therapie notwendigen diagnostischen Informationen enthält. (Quellen: Vereinbarung über Praxisbesonderheiten gem. §84 Abs. 8 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach §32 Abs. 1a SGB V, §13 Abs.2 HeilM-RL)
13. Muss der ICD-10-Code vor Beginn der Behandlung ergänzt werden?	Nein, gemäß den geltenden Rahmenempfehlungen kann die Therapie begonnen werden, wenn eine Diagnose vorliegt. Findet sich eine ausgeschriebene Diagnose auf der Verordnung, kann die Behandlung begonnen werden. (Quelle: §18 Abs. 1 Rahmenempfehlungen gem. §125 Abs. 1 SGB V). Eine Ergänzung der Verordnung um den dazu passenden ICD-10-Code kann dann auch im Verlauf der Behandlung vom Arzt vorgenommen werden.
14. Ist es ausreichend, wenn der Vertragsarzt im Feld ICD-10- Code lediglich z. B. drei Stellen (M51) – also eine unspezifische Diagnose – angegeben hat?	Ja, ein „Dreisteller“, z. B. M51 (Sonstige Bandscheibenschäden) ist für die Abrechnung vollkommen ausreichend. Manchmal kann es therapeutisch sinnvoll sein, zusätzliche Details vom Arzt zu erfragen, das berührt jedoch nicht die Gültigkeit der Verordnung.
15. Löst ein neuer ICD-10-Code automatisch immer einen neuen Regelfall aus?	Nein, ein neuer ICD-10-Code löst nicht automatisch einen neuen Regelfall aus. Denn im Heilmittel-Katalog sind bewusst mehrere Diagnosen zu den Diagnosen Gruppen zusammengefasst worden. Außerdem wird in der Heilmittel-Richtlinie in §3 Abs. 5 festgelegt, dass die Indikation zur Verordnung von Heilmitteln „sich nicht aus der Diagnose allein“ ergibt, demzufolge

	<p>reicht eine Änderung des ICD-10-Codes nicht zwingend aus, um einen neuen Regelfall zu beginnen. Ob ein neuer Regelfall ausgelöst wird oder nicht, entscheidet sich zunächst durch die Markierung des Arztes auf der Verordnung: Neue Diagnose und Erstverordnung angekreuzt = Neuer Regelfall, Neue Diagnose und Folgeverordnung = Kein neuer Regelfall. Letztlich hat sich durch das Feld ICD-10-Code in dieser Hinsicht weder für die Ärzte noch für Therapeuten etwas geändert: Der Regelfall wird durch die Zuordnung der Diagnose zu einer Diagnosen Gruppe bestimmt. Solange sich die Diagnosen Gruppe nicht ändert, bzw. im vom Heilmittel-Katalog vorgesehen Rahmen (Wechsel von WS1 zu WS2) ändert, kann man davon ausgehen, dass der Regelfall fortgesetzt wird, es sei denn der Arzt hat etwas anderes verordnet (s. o.). Für Ärzte ist es günstiger einen neuen Regelfall auszulösen, darauf kann man einen Arzt durchaus aufmerksam machen. Allerdings wollen manche Ärzte diesbezüglich nichts ändern. Wer Angst vor Absetzungen wegen formaler Fehler hat, dokumentiert die Rückfrage beim Arzt auf der Verordnung: "Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt." Es kann gem. Heilmittel-Richtlinie immer dann ein neuer Regelfall unterstellt werden, wenn „im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosen Gruppe“ auftreten. Das würde bedeuten, dass ein neuer ICD-10-Code in derselben Diagnosen Gruppe dann einen neuen Regelfall auslösen würde, wenn die alte und die neue Diagnose tatsächlich voneinander unabhängige Diagnosen darstellen – ein in der Praxis selten anzutreffender Fall. (Quelle: §3Abs. 5 HeilM-RL, §7 Abs. 4 HeilM-RL)</p>
<p>16. Wie ist bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls im Hinblick auf die Frage „Genehmigungsverfahren ja oder nein“ zu verfahren?</p>	<p>Durch die ICD-10-Codes hat sich am grundsätzlichen Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls nichts geändert: GKV-Spitzenverband und KBV haben vereinbart, dass Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit einem bestimmten „endstelligen“ ICD-10-Code (siehe Frage 12) immer dann automatisch genehmigt sind, wenn die betreffende Kasse auf eine Genehmigung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach §8 Abs. 4 HeilM-RL verzichtet hat. Die Liste mit den zutreffenden Diagnosen findet man in Anlage 2 der Vereinbarung zwischen GKV und KBV. Allerdings darf jede Kasse individuell von dieser Regelung abweichen, man muss also die Regeln seiner Hauptkassen kennen. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, die einen ICD-10-Code trägt, der nicht in der Anlage 2 verzeichnet ist, wird ganz normal als Verordnung außerhalb des Regelfalls gehandhabt, soweit der Regelfall in der Praxis schon durchlaufen ist. Leider haben Kassen und Ärzte vereinbart, dass der Arzt</p>

	<p>bei Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs sofort mit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls beginnen darf. Stimmt der ICD-10-Code jetzt nicht mit der Liste der Diagnosen in Anlage 2 überein, dann haben Arzt und Therapeut ein gemeinsames Problem: Der Arzt hat eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt ohne den Regelfall durchlaufen zu haben und der Therapeut hat unter Umständen Probleme bei der Abrechnung. Deswegen macht es in solchen Fällen Sinn, den Arzt um Ergänzung/ Änderung des ICD-10-Codes zu bitten, oder die Verordnung auf den Regelfall umzustellen. Aber aufpassen: Denkbar wäre auch, dass der Patient schon in einer anderen Praxis den Regelfall durchlaufen hat, dann steht einer Weiterbehandlung der Verordnung außerhalb des Regelfalls auch ohne Änderung nichts im Wege. (Quellen: §8 Abs. 4 HeilM-RL, Vereinbarung über Praxisbesonderheiten gemäß §84 Abs. 8 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach §32 Abs. 1a SGB V, Anlage 2 – Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf) Hinweis: Weigert sich ein Arzt, die notwendigen Änderungen vorzunehmen, dann kann man eine Absetzung solcher Verordnungen vermeiden, indem man den folgenden Text auf die Verordnung einträgt: „Nach Rücksprache mit dem Arzt: Arzt besteht auf Durchführung der Verordnung wie ausgestellt.“</p>
<p>17. Wenn auf einer Erstverordnung mehrere ICD-Codes angegeben waren und auf einer nächsten Verordnung dann nur noch einer dieser ICD-Codes steht, gilt diese dann als Folgeverordnung?</p>	<p>Wie oben in Frage 15 schon beantwortet hängt der Regelfall von der jeweiligen Diagnosen Gruppe ab. Ändert sich die Diagnosen Gruppe nicht, bzw. nur in dem vom Heilmittel-Katalog vorgesehenen Rahmen (z. B. WS1 wird zu WS2) handelt es sich um eine Folgeverordnung. (Quelle: §7 Abs. 4 HeilM-RL)</p>
<p>18. Kann der ICD-10-Code ggf. auch die (ausgeschriebene) Leitsymptomatik ersetzen?</p>	<p>Bis auf ganz wenige Ausnahmen kann ein ICD-10-Code die ausgeschriebene Leitsymptomatik nicht ersetzen. Diese wenigen Ausnahmen finden sich beispielsweise in den vdek-Rahmenverträgen der Physio- und Ergotherapeuten, bei denen eine Leitsymptomatik immer dann fehlen darf, wenn sie sich aus der Diagnose ergibt. Dazu braucht man allerdings eine sehr ausdifferenzierte Diagnose. Und die Mehrheit der Verträge schreibt die Leitsymptomatik unabhängig von der Diagnose verbindlich vor. (Quelle: vdek-Rahmenvertrag Physiotherapie vom 1.4.2013) Aufpassen: In der Physiotherapie kann der Indikationsschlüssel die Leitsymptomatik ersetzen, durch die kleinen Buchstaben hinter der Diagnosen Gruppen, z. B. WS1a. Das sollte man nicht verwechseln mit den ICD-10-Codes.</p>

<p>19. Müssen mehrere ICD-10-Codes auf einer Verordnung alle in der elektronischen Datenverarbeitung durch den Therapeuten angegeben werden oder nur der, der in dem Feld „ICD-10-Code“ steht?</p>	<p>Bisher sind uns noch keine Fälle bekannt, in denen Verordnungen nicht bezahlt worden sind, weil nicht alle ICD-10-Codes in der elektronischen Datenverarbeitung angegeben wurden. Wichtig ist, dass der ICD-10-Code, der auf der Verordnung steht (wenn dort einer steht) im Computer mit erfasst wird und dann automatisch bei der elektronischen Datenverarbeitung mit an die Kasse gemeldet wird.</p>
<p>Benötigt der Physiotherapeut für die Abgabe von osteopathische Behandlungen einer ärztlichen Verordnung? Beihilfe Patienten/ Voll Privatversicherte</p>	<p>Ja. Beihilfe Patienten: Osteopathische Behandlung aus den Komponenten Krankengymnastik, Massagen und Lymphdrainagen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV. Entsprechende Diagnose muss vom Arzt eingetragen sein, sowie Stempel und Unterschrift. Näherer Informationen können im BhV nachgelesen werden.</p>
<p>Wie lange dauert eine Osteopathische Behandlung?</p>	<p>Die erste Behandlung sollte zwischen 45 Minuten und 90 Minuten betragen. In der Regel dauert eine Osteopathische Behandlung 30 Minuten, in schwierigen Fällen bis zu einer Stunde. Osteopathische Behandlungen bedürfen eine individuelle Ausrichtung. Nach der Grundbehandlung sollte eine individuelle abgestimmte Nachbehandlung erfolgen. Nachbehandlung von 2-3 Wochen ist Erfahrungsgemäß sinnvoll.</p>
<p>Was sollten die Patienten vor, während und nach einer Behandlung beachten?</p>	<p>2 Stunden vor der Behandlung sollten die Patienten nach Möglichkeit nicht essen. Sie sollten ausreichend Zeit für die Behandlung einplanen, keinesfalls „hetzen“. Nach der Behandlung sollten die Patienten ausreichend Wasser trinken. Nach Möglichkeit sollten die Patienten nach der Behandlung ein wenig ruhen. Die fünf osteopathischen Übungen sollten die Patienten erlernen, um täglich zu üben.</p>
<p>Zahlen die GKV die osteopathische Leistungen?</p>	<p>Ja. Eine exakte Liste der GKV und ihrer Bedingungen kann auf www.compass.de abgerufen. Auf eine ärztliche Verordnung sollten sie aber immer bestehen.</p>
<p>Muss ich einen Behandlungshonorarvertrag mit den Patienten vereinbaren?</p>	<p>Empfehlenswert ist es auf jeden Fall, hier können Sie die Behandlungszeit sowie die Kosten vereinbaren, außerdem werden Praxisbesonderheiten dem Patienten klar gemacht.</p>
<p>Darf ich osteopathische Behandlungen auf stationärer Ebene durchführen?</p>	<p>Ja, wenn hierfür eine privat ärztliche Verordnung vorliegt.</p>
<p>Ist eine therapeutische Behandlungsinformationspflicht unabdingbar?</p>	<p>Gemäß § 630c Abs. 2, Satz1 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern.</p>
<p>Welche Punkte beinhalten die therapeutische Behandlungsinformationspflicht?</p>	<p>Die Diagnose. Alle erforderlichen Untersuchungen und Therapien. Die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung. Die zu und nach der Therapie zu ergreifenden</p>

	Maßnahmen.
Bin ich der Aufklärung und Einholung der Einwilligung verpflichtet?	Gemäß § 630d, Abs. 2 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere: Art und Umfang der Maßnahmen, die zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme, die Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten der Maßnahmen im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlichen unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führe.
Wie muss die Aufklärung durchführen?	Die Aufklärung muss mündlich, ergänzend Textform. Rechtzeitig, sodass der Patient seine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann. Für den Patienten verständlich sein.
Wie kann ich die Kosten der osteopathischen Behandlung berechnen?	Die Kosten sind abhängig von der Lage der Praxis, Praxisausstattung, Größe der Praxis, Mitarbeiterzahl, Praxisnebenkosten, Mietkosten, Durchführung der Behandlung durch Mitarbeiter oder Praxisinhaber Kompetenz des Therapeuten, Anzahl der Fort- und Weiterbildungseinheiten, Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die DAGOT empfiehlt allen Osteopathinnen /en, die Kosten einer osteopathischen Behandlungsstunde durch einen betriebswirtschaftlichen Berater (z.B. Steuerberater) errechnen zu lassen.
Kann ich bei ihrem Verband eine Osteopathie Ausbildung durchführen?	Wir arbeiten eng mit der DGOM (www.dgom.info) zusammen, hier können sie die Ausbildung durchführen. (Nähre Informationen siehe Homepage)
Wie kann ich in ihrem Verband Mitglied werden?	Sollten Sie die ordentliche Mitgliedschaft anstreben, so senden Sie bitte diesen schreibfähigen PDF-Antrag an die Adresse der DAGOT und fügen eine Kopie Ihres D.O.T. (TM)-Diploms bei. Sollten Sie die außerordentliche Mitgliedschaft anstreben, so senden Sie bitte diesen schreibfähigen PDF-Antrag an die Adresse der DAGOT und fügen die Kopie einer entsprechenden Kursbestätigung bei. (Nähre Informationen siehe Homepage www.dagot.de)
Wen vertritt die DAGOT?	Das wesentliche Ziel unserer Arbeitsgemeinschaft ist die Stärkung des Osteopathischen Therapeuten. Ebenfalls im Vordergrund steht die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten.